

I N A M I

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

**Aux prestataires ou services responsables
de la facturation sur support magnétique ou
par voie électronique**

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant: Annelies DEGRAEVE

Attaché

Tél.: 02/739.78.45

E-mail: Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be

Nos références: 1804/CH/ADG/2012

Bruxelles, le 12 juin 2012

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2006 – 34^{ème} mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/34 des instructions
susmentionnées.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE
DES FICHIERS DE FACTURATION
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 2006
MISE A JOUR 2006/34 – Publication 12-06-2012**



INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

**INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE
OU PAR VOIE ELECTRONIQUE**

MISE A JOUR 2006/34

Pages à remplacer :

- Pages 3, 13 et 14;
- ET 20 Z 18;
- ET 30 Z 4 S 20, Z 19;
- ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 11, S 23, S 24, S 26, S 27, S 29, Z 14 S 2.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 4 S 29 BIS.

1. Intégration des praticiens de l'art infirmier à domicile dans REFAC, p. 3, 13, 14, ET 20 Z 18.

Suite à l'intégration des praticiens de l'art infirmier à domicile dans « REFAC » (projet au sein de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) les instructions concernant la mutualité de destination sont adaptées.

Pour de plus amples renseignements concernant REFAC, veuillez vous adresser à :
M100_GZ-SDS_Refac@mc.be.

Les mutualités régionales prendront contact avec les praticiens de l'art infirmier

2. Nouvelle convention C.R.A., ET 30 Z 4 S 20.

Des pseudo-codes sont ajoutés dans un nouveau groupe cible 20.

Date d'application : Prestations à partir du 1/5/2012.

3. Conventions de rééducation - date de détermination du tarif, ET 30 Z 19.

Il est précisé que pour les forfaits de rééducation liés à une certaine période, le montant de l'éventuelle intervention personnelle doit être déterminé à la même date que le tarif du forfait de rééducation même.

Date d'application : Il s'agit d'une précision des instructions.

4. Nouvelle nomenclature infirmière, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 23, S 24, S 26, S 27, S 29, S 29 BIS.

L'AR du 24 avril 2012 (MB du 7 mai 2012) prévoit une nouvelle prestation dans la rubrique « prestations techniques spécifiques » de l'art.8 de la nomenclature. Il s'agit d'un honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésique chronique via un cathéter épidural ou intrathécal.

Le cas échéant, pour chaque prestation attestée, un ou plusieurs pseudo-codes, correspondants aux actes infirmiers effectués, doivent être mentionnés complémentaires au code nomenclature. Ces pseudo-codes doivent être repris dans des enregistrements statistiques séparés, avec norme 9 et avec les zones montant égales à zéro. Dans ces enregistrements statistiques, le code nomenclature attesté doit être mentionné comme prestation relative.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2012.

5. Radio-isotopes, ET 50 Z 4 S 11.

Suite à l'AM du 15/5/2012 modifiant l'AR du 21/12/2001 (MB du 21/5/2012), un nouveau pseudo-code est créé pour la spécialité radiopharmaceutique ADREVIEW.

Date d'application: Prestations à partir du 1/6/2012.

6. Logopédie dans un centre de rééducation fonctionnelle, ET 50 Z 14 S 2.

Il est précisé que le numéro d'identification du centre de rééducation doit être mentionné comme lieu de prestation s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou PSY (convention C.R.A. actuelle) et s'il s'agit de prestations de logopédie dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle.

Date d'application : Il s'agit d'une précision des instructions.

7. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
427534	427571	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012

8. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
389572	389664	24/4/2012	30/4/2012	1/5/2012
427593	427674	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012

9. Liste « implants ».

Aucune modification.

10. Liste « codes erreur ».

Aucune modification.

(☞ 8) Hôpitaux psychiatriques, MSP, IHP, MRPA, MRS, CSJ

Pour ces établissements, une facturation trimestrielle est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement.
Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.

(☞ 21) Procédure par OA concernant la transmission des documents de facturation papier

(☞ 34)	OA100	Aux mutualités Exceptions : <ul style="list-style-type: none">• Etablissements psychiatriques (autres que 720) : à l'Union• Certaines conventions de rééducation : à l'Union• Hôpitaux 710/720 et praticiens de l'art infirmier (REFAC) : au point unique de contact (PUC) (même pour la psychiatrie et la rééducation)
	OA200	A l'Union
	OA300	Aux mutualités Exception : <ul style="list-style-type: none">• Certaines conventions de rééducation : à l'Union
	OA400	A l'Union
	OA500	A l'Union
	OA600	A l'Union
	OA900	Aux mutualités

2. Processus de facturation.

2.A. En cas de facturation par support magnétique.

2.A.1. Généralités.

L'établissement transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire

Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

2.A.2. Validité et acceptabilité des supports magnétiques.

A la réception d'un fichier de facturation par un organisme assureur, on effectue un premier contrôle relatif à l'acceptabilité du fichier de facturation.

Le contenu du fichier de facturation doit correspondre au contenu des factures papier.

L'annexe 5.1 donne les grandes lignes de la codification des erreurs et les principes des contrôles qu'appliquent tous les organismes assureurs.

Cinq situations peuvent se produire :

- 1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;
 - 2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
 - 3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. Les
(☞ 21) erreurs bloquantes sont reprises dans la liste Excel « Codes erreur ». Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
 - 4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;
 - 5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.
- (☞ 7) C'est uniquement dans le cas d'un envoi refusé dû à une erreur bloquante ou à un taux d'erreur trop élevé que l'organisme assureur renvoie au tiers, au plus tard 2 semaines après réception du dernier envoi (soit celui du fichier de facturation, soit celui des factures papier), le support électronique en même temps que le bordereau et une liste de contrôle. Le tiers facturant doit communiquer à l'organisme assureur une adresse à laquelle toute correspondance relative à cette facturation devra être envoyée. Cette adresse peut être différente de celle où est situé cet établissement.

Les organismes assureurs doivent s'assurer que les supports magnétiques renvoyés ne sont pas endommagés.

La communication par l'organisme assureur de l'acceptation ou du refus d'un fichier de facturation peut se faire d'une des manières suivantes :

- 1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.
- 2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.3) avec mention du pourcentage d'erreur.
- 3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

- (☞ 9) Ces documents (ou l'épreuve de ces documents s'il a été fait usage du système (My)CareNet) peuvent être utilisés afin de satisfaire aux exigences des Services du Ministère de la Santé publique, des réviseurs d'entreprises, etc... et doivent, dès lors, être conservés par l'établissement.

3.3. Dessin d'un fichier

Veillez trouver ci-après l'ordre des enregistrements dans le fichier de facturation :

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- Identification des dépenses pour :
 - journées d'entretien (type 30)
 - idem
 - produits pharmaceutiques (type 40)
 - idem
 - prestations ou fournitures (type 50)
 - idem
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- Identification des dépenses (type 30, 40 et/ou 50)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

Sur le fichier de facturation, les factures sont triées selon les séquences suivantes :

- Année et mois facturés
 - Numéro matricule tiers payant
 - Numéro matricule institution
 - Numéro de la mutualité de destination en ordre croissant
 - Numéro d'admission pour les patients hospitalisés ou numéro d'ordre de la facture individuelle pour les patients ambulants.
- (☞ 18,34) Pour l'ANMC, où, dans le cadre de REFAC, la mutualité de destination est différente de la mutualité d'affiliation, les tiers peuvent également trier selon le numéro de mutualité d'affiliation.
- (☞ 3) Dans le cas de réintroduction d'une facture créditée, la note de crédit (type de facturation 3) doit précéder la refacturation (type de facturation 1).

3.4. Dessin d'enregistrement

Le dessin d'enregistrement et la dénomination des éléments qui figurent dans les différents types d'enregistrements sont donnés en annexe 6.

3.5. Signification et codification des éléments

L'annexe 7 comporte la description et la codification de chaque élément qui figure dans le dessin d'enregistrement.

4. Identification du patient. Données provenant du document "Notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement" (modèle 721 bis), du carnet de membre ou de la vignette et dans la carte d'identité sociale.

Afin de permettre aux organismes assureurs d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires. Les organismes assureurs communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification et dans la carte d'identité sociale.

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

(☞ 21) Sur le fichier de facturation électronique, une distinction est faite entre la mutualité d'affiliation (ET 20/80 Z 7) et la mutualité de destination (ET 20/80 Z 18).

La manière de remplir ces zones est différente suivant l'organisme assureur auquel le fichier de facturation est destiné.

Le tableau ci-dessous fournit un aperçu des procédures par OA.

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
(☞ 34)	OA100 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720 et praticiens de l'art infirmier (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*)
	OA200 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300
	OA400 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA500 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(☞ 18)(*) A la Mutualité Chrétienne, dans le cadre de notre projet REFAC, les factures ne seront plus adressées à la mutualité d'affiliation, mais à la mutualité associée au point unique de contact.

Cela veut dire qu'à partir d'un certain moment, la zone 18 de l'enregistrement de type 20 et 80 aura toujours la même valeur.

(☞ 34) Cette modification est valable pour les hôpitaux (710/720) et les praticiens de l'art infirmier. L'entrée des hôpitaux dans le projet REFAC s'est effectuée progressivement entre le 21/6/2010 et le 31/12/2010. L'entrée des praticiens de l'art infirmier dans REFAC se fera du 1/10/2012 au 31/3/2013 (date de réception de l'envoi). La date d'entrée exacte dans le nouveau système sera fixée de commun accord entre le point unique de contact et le tiers.

A partir de l'entrée dans REFAC, le numéro de la mutualité de destination (ET 20 et 80 Zone 18) est toujours le Point Unique de Contact quel que soit la mutualité d'affiliation et même s'il s'agit de psychiatrie ou de rééducation.

RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT

LIBELLE :

Cette zone permet de donner une première orientation comptable.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0050	Traitement chimiothérapeutique ambulatant
0060	Maladies professionnelles
0070	Accidents de travail
0080	Accidents - droits communs (responsabilité de tiers)
0090	Autres accidents
(11) 0000	Autres ou non communiquées

Note : Les établissements hospitaliers disposent d'une ventilation plus large en matière d'accidents.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞21)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100
(☞34)		<ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux 710/720 et praticiens de l'art infirmier (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300
	OA400	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant Hospitalisé**Rééducation fonctionnelle des handicapés psychiques*

Séances jusqu'à la capacité normale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782014	0782025
- 1,5 forfaits	0782036	0782040
- 1 forfait	0782051	0782062
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782073	0782084
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782095	0782106
- 1,75 forfaits	0782110	0782121
- 1,66 forfaits	0782132	0782143
- 1,50 forfaits	0782154	0782165
- 1,33 forfaits	0782176	0782180
- 1,25 forfaits	0782191	0782202
- 1 forfait	0782213	0782224
- 0,75 forfait	0782235	0782246
- 0,66 forfait	0782250	0782261
- 0,50 forfait	0782272	0782283
- 0,33 forfait	0782294	0782305
- 0,25 forfait	0782316	0782320
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782331	0782342

Séances au-delà de la capacité normale de facturation, jusqu'à la capacité maximale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782353	0782364
- 1,5 forfaits	0782375	0782386
- 1 forfait	0782390	0782401
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782412	0782423

(€ 15) (*) A partir du 1/1/2010, cette convention est remplacée par une nouvelle convention C.R.A. (voir nouveaux pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 20)

(€ 10)

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 20

RUBRIQUE : Code journée d'entretienType de centre**Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant Hospitalisé**

- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782434	0782445
- 1,75 forfaits	0782456	0782460
- 1,66 forfaits	0782471	0782482
- 1,50 forfaits	0782493	0782504
- 1,33 forfaits	0782515	0782526
- 1,25 forfaits	0782530	0782541
- 1 forfait	0782552	0782563
- 0,75 forfait	0782574	0782585
- 0,66 forfait	0782596	0782600
- 0,50 forfait	0782611	0782622
- 0,33 forfait	0782633	0782644
- 0,25 forfait	0782655	0782666
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782670	0782681

(€ 15)

C.R.A. - convention secteur ORL-PSY

<u>Groupes cibles (cf. art.3)</u>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)</u>
Groupe 1	796014-796025	796412-796423	796795-796806
Groupe 2	796036-796040	796434-796445	796810-796821
Groupe 3	796051-796062	796456-796460	796832-796843
Groupe 4	796073-796084	796471-796482	796854-796865
Groupe 5	796095-796106	796493-796504	796876-796880
Groupe 6	796110-796121	796515-796526	796891-796902
Groupe 7	796132-796143	796530-796541	796913-796924
Groupe 8	796154-796165	796552-796563	796935-796946
Groupe 9	796176-796180	796574-796585	796950-796961
Groupe 10	796191-796202	796596-796600	796972-796983
Groupe 11	796213-796224	796611-796622	796994-797005
Groupe 12	796235-796246	796633-796644	797016-797020
Groupe 13	796250-796261	796655-796666	797031-797042
Groupe 14	796272-796283	796670-796681	797053-797064
Groupe 15	796294-796305	796692-796703	797075-797086
Groupe 16	796316-796320	796714-796725	797090-797101
Groupe 17	796331-796342	796736-796740	797112-797123
Groupe 18	796353-796364	796751-796762	797134-797145
Groupe 19	796375-796386	796773-796784	797156-797160
Groupe 20	797193-797204	797215-797226	797230-797241
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796390-796401	-	-
Groupe 1 bis	797171-797182		

(€ 34)

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LIBELLE :

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

- (☞ 5) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel
- (☞ 7) Forfaits de rééducation fonctionnelle
S'il s'agit d'un remboursement forfaitaire, lié à une période déterminée (forfait par semaine, mois, trimestre ou année), le tarif appliqué doit correspondre à une date dans la période définie dans l'ET 30 Z 5 et Z 6.
L'établissement peut donc appliquer le tarif le plus favorable.
Exception : convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (9.68.0xx.xx) (le tarif = le tarif applicable à la date de la 1^{ère} intervention de l'équipe).
- (☞ 8) Exception : convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) et
- (☞ 13) convention néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx) (tarif = tarif en vigueur à la date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait ou à la date de facturation si celle-ci a lieu avant la date de fin)
- (☞ 34) Le montant de l'éventuelle intervention personnelle qui est décomptée, doit être déterminé à la même date que le tarif du forfait de rééducation même.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

RUBRIQUE : NORME PRESTATION (POURCENTAGE)

LIBELLE :

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 31)	1	Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale (*). Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
	2	Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes. Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
(☞ 13)	4	Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (honoraire complet dans la Z 19; Z 27 égale à zéro)
	5	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement.
	6	Les matériaux de l'art. 28 et de l'art. 35 de la nomenclature pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture. Ce n'est pas valable pour les prestations reprises dans l'article 35, § 18, a)
	7	Prestations hors réglementation tiers payant mais sont sur le support magnétique pour mémoire et une facture O.A. par paiement comptant suit.
(☞ 31)	(*)	Pour les prestations exécutées à partir du 1/11/2011, la norme 1 est seulement encore utilisée en cas de 1 ^{ère} intervention chirurgicale. L'aide opératoire ne peut plus être facturée en cas de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale.

- 9 - Pour les prestations de radiothérapie effectuées en plusieurs séances, le code prestation doit être repris autant de fois qu'il y a eu de séances; pour chaque code prestation, il y a lieu de reprendre la date de la séance (c.à.d. date de début = date de fin = date de prestation). Le tarif doit être mentionné dans l'enregistrement du dernier code prestation (code norme = 0, ou 5 en cas de répétition). Pour toutes les autres prestations, le code norme est égal à 9 et la zone 19 (montant O.A.) est mise à zéro. Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés sur le support magnétique dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.
- (☞ 26) Cas particuliers :
- Si la situation du patient ambulancier-hospitalisé change durant la période de prestation, alors le code de prestation (dans la Z 4) suit le statut du patient. Le type de facture (ambulancier ou hospitalisé) est déterminé par le statut du patient au dernier jour de la période (= enregistrement avec le code norme 0).
Le code service des enregistrements avec norme 9 peut être déterminé soit par le statut du patient à la date de la séance, soit par son statut au dernier jour de la période.
Pour les éventuels honoraires supplémentaires lors d'une série d'irradiations (ex :444496) le type de facture est déterminé par le statut du patient à la date à laquelle l'honoraire supplémentaire est facturé. Il est, donc, possible que le forfait pour la séries d'irradiations soit facturé sur une facture hospitalisé et l'honoraire supplémentaire sur une facture ambulancier, ou inversement.
 - Si l'assurabilité du patient change durant la période de prestation (modification CT1/CT2, modification de mutualité d'affiliation), alors tous les enregistrements avec norme 9, de même que l'enregistrement de facturation avec norme 0 sont mentionnés sur une même facture. La situation d'assurabilité du patient à la date de la dernière prestation est mentionnée sur cette facture.
- (☞ 34) - Pour les *honoraires forfaitaires* pour les soins infirmiers A, B, C, PA, PB, PC, PP, l'enregistrement comportant le code nomenclature du forfait doit être précédé d'une série d'enregistrements dans lesquels, les prestations de base et les prestations techniques infirmières prestées durant le jour de soins concerné sont indiquées au moyen des pseudo-codes (voir art. 8, § 5, 3°, c de la nomenclature). Le cas échéant, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont également mentionnés. Pour les *honoraires supplémentaires PN*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant. Pour les *prestations 427534, 427556 et 427571*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §9 de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant. Tous ces enregistrements avec les pseudo-codes susmentionnés doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont alors toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique respectivement le code nomenclature de l'honoraire forfaitaire ou de l'honoraire supplémentaire PN ou la code nomenclature 427534, 427556 ou 427571. Le contenu des zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 est identique dans chaque enregistrement indiqué par la norme 9 et est également égal aux zones correspondantes dans l'enregistrement de facturation avec norme 0.
- (☞ 29) - Pour les prestations 0687875-0687886 (tuteurs coronaires), 680352-680363 (tuteurs coronaires ou drug eluting stents) ou 0680315-0680326 (drug eluting stents), pour les prestations relatives aux endoprothèses (0634012 à 0634325 inclus), la facturation se fait comme suit:
- * le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;
 - * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;
- (☞ 3) Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 17

Codification des radio-isotopes, administrés en vue de poser un diagnostic.**Pseudo-code nomenclature**

Libellé	AmbulantHospitalisé	
- NaI 131 et NaI 125	0699016	0699020
- Molécules inorganiques prêtes à l'emploi	0699031	0699042
- Eluats organiques ou inorganiques à courte vie de générateur utilisés comme tels	0699053	0699064
- Eléments sanguins figurés ou protéines plasmatiques du patient, marqués de façon extracorporelle par molécule inorganique	0699075	0699086
- Molécules organiques prêtes à l'emploi	0699090	0699101
- Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotope à courte vie produits par générateur	0699112	0699123
- I 123 utilisé dans des cas où une exploration de la thyroïde n'a, au cours d'une séance précédente, pas fourni de renseignements suffisants et qu'un examen complémentaire à l'I 123 est dès lors nécessaire	0699134	0699145
- I 123 utilisé pour l'exploration de l'atrésie des voies biliaires en pédiatrie	0699156	0699160
- I 123 utilisé pour l'exploration du transplant rénal	0699171	0699182
- In 111, Ga 67 et Tl 201	0699193	0699204
- Radio-isotopes de poids atomique bas	0699215	0699226
- I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrome parkinsonien cliniquement douteux	0699230	0699241
(☞ 34) - ADREVIEW (I 123 iobenguane marqué)	0699473	0699484

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 12

(^{6,9,18}) Intervention de l'assurance dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

La facturation est effectuée par l'hôpital où le matériel est utilisé comme greffe (c-à-d où le matériel est implanté), sous les pseudo-codes nomenclature publiés dans l'A.R. du 02/06/2010.

Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale par admission : 0460784 (M.B. 27/05/99).

A.R. du 22 octobre 1992

Pour une série de prestations de l'article 17 et de l'article 17 bis, le tarif peut être réévalué de 25 % si celles-ci ont été effectuées chez des enfants de moins de cinq ans. Dans ces cas, il y a lieu lors de la facturation, d'utiliser les pseudo-codes présentés dans la table de conversion que voici :

Codes nomenclature

ambulant	hospitalisé
0450634	0450645
0451430	0451441
0453530	0453541
0458732	0458743
0458813	0458824
0458894	0458905
0460191	0460202

A.R. du 9 octobre 1998

Pour une série de prestations de l'article 15, § 15, le tarif peut être réévalué de 50 % si celles-ci ont été effectuées chez les nouveaux-nés et nourrissons de moins de 6 mois. Dans ces cas, il y a lieu, lors de la facturation, d'utiliser les pseudo-codes présentés dans la table de conversion que voici :

Codes nomenclature

ambulant	hospitalisé
0227135	0227146
0228034	0228045
0241194	0241205
0242491	0242502
0242756	0242760
0243272	0243283
0244031	0244042
0244090	0244101
0244112	0244123

A.R. du 5 septembre 2001

Aucun pseudo-code n'a été publié pour les prestations de l'A.R. susmentionné, en cas d'honoraires augmentés. Le contrôle s'effectuera sur base de l'âge du patient.

A.R. du 26 mars 2003

Aucun pseudo-code n'a été publié pour les prestations de l'A.R. susmentionné, en cas d'honoraires augmentés. Le contrôle s'effectuera sur base de l'âge du patient.

(= 10)

A. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait (1) pour soins.

E.T.	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE		(5)	(5)	(5)	(9)					
1	TYPE D'ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORME	9	9	9	9	9	9	0	0	0
4	(PSEUDO)-NOMENCLATURE	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art. 8, §5bis, 5°, d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	soin technique spécifique + éventuel. 0424395, 0424690, 0424852, 0429015, 428035, 428050, 428072	voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète	
5	DATE DEBUT	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	
15	PRESTATAIRE	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	
17-18	PRESTATION RELATIVE	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	0426613 (2)	427534, 427556 ou 427571	0	0	0	
19	MONTANT O.A.	0	0	0	montant	0	montant	montant	montant	
20-21	DATE PRESCRIPTION	0	si exigé	0	date (6)	exigé	exigé (7)	0	exigé (8)	
22-23	NOMBRE	1	1	1	1	1	1	1	1	
24-25	PRESCRIPTEUR	0	si exigé	0	si exigé	exigé	exigé (7)	0	exigé (8)	
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	0	0	0	montant	0	montant	montant	Montant (si nomenclature) ou zéro (si trajet de soins)	

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.

(1') par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.

(2) possible, pas nécessaire.

(3) le même que dans l'enregistrement avec le forfait.

(4) l'ordre des prestations effectuées pendant la journée doit être respecté.

(5) ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que des prestations de base ont été effectuées durant le jour de soins concerné. Chaque enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un nombre d'enregistrements comportant une prestation technique/des soins palliatifs effectués durant la prestation de base concernée. Dès lors, plusieurs blocs prestations peuvent se suivre : [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; ...

(6) pour les forfaits A, B, C, PA, PB et PC : date demande forfait

pour le forfait PP : date modèle 90 (notification soins palliatifs)

excepté pour codes 0424395, 0424690 et 0424852, 429015 et 428035, 428050, 428072 pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

excepté pour codes 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

ATTENTION : excepté pour codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui est toujours liés à au moins une injection d'insuline, toutes les autres prestations de la nomenclature diabétique peuvent exister de manière totalement autonome, c.à d. sans usage des enregistrements des colonnes 1-7.

(=23) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 427534, 427556 ou 427571 suit.

(=34)

B. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait dans les soins infirmiers.Ordre des enregistrements de type 50 pour 1 patient.

ET	jour	nomenclature	remarque
50	1	pseudo-code palliatif précédé de la norme «9» dans la zone 3 plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	honoraire supplémentaire PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
...		... max 6 enregistrements avec soins	
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
(☞ 34) 50	1	pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 427534, 427556 ou ou 427571 imputée et prestation art. 8, § 9
(☞ 33) 50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutés
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
(☞ 10) 50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète	si exécutée

ATTENTION : - excepté pour codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui est toujours liés à au moins une injection d'insuline, toutes les autres prestations de la nomenclature diabétique peuvent exister de manière totalement autonome, c.à d. sans seul autre enregistrement pour cette journée.

- à partir du 1er juin 2004, les codes 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) peuvent se présenter de manière autonome, c. à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

(☞ 9) - à partir du 1^{er} février 2009, le code 0429015 (consultation infirmière) peut se présenter de manière autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

(☞ 33) - à partir du 1^{er} juin 2012, le code 0424896 (Avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments) peut se présenter de manière autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

(☞ 10) - les prestations concernant le trajet de soins "diabète" peuvent exister de manière autonome c.à.d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

...
50 2 pseudo-code palliatif précédé ...
etc...

Explication relative à la facturation des soins infirmiers.

1ère possibilité : Traitement des forfaits.

Prestation de base (colonne 1 du schéma dans l'ET 50 Z 4 S 23).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant une ou plusieurs prestations techniques provenant d'un ou plusieurs prescripteurs et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation technique (colonne 2).

Trois cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date 703 (demande de toilette ou demande de toilette-forfait combiné)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

* la prestation appartient au groupe 7 (soin supplémentaire A.R. 18/06/90) par exemple bas à varices, gouttes pour les yeux,....

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescripteur	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs (colonne 3).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

remarque :

- les colonnes 2 et 3 sont répétées autant de fois que des prestations techniques/soins palliatifs sont effectués durant la prestation de base précédente
- le bloc « colonne 1, colonne 2, colonne 2, colonne 3, ... » est répété autant de fois que des prestations de base sont effectuées durant le forfait
- la colonne 1 (prestation de base) peut exceptionnellement ne pas être suivie par une ou plusieurs colonnes avec des prestations techniques lorsqu'une prestation technique spécifique (colonne 5) suit un honoraire forfaitaire (colonne 4).

Honoraire forfaitaire (colonne 4).

(☞ 17) Le forfait est toujours demandé par un praticien de l'art infirmier via le formulaire 703 ou le message MyCarenet 410000.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la première prestation de base
(☞ 17)	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1 ou 9 (*)
(☞ 17)	date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de forfait)
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	<ul style="list-style-type: none"> • si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0) • si des prestations techniques du groupe 2 jusque et y compris le groupe 6 ont été effectuées, alors l'un des prescripteurs de ces prestations doit être mentionné (norme prescripteur = 1 ou 9)
	norme prescripteur	:	valeur 0, 1 ou 9

(☞ 17) (*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.

(☞ 34) Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9) (colonne 5).**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Remarque : la colonne 5 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués dans le cadre de la prestation 427534, 427556 ou 427571.

Prestation technique spécifique (colonne 6).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852 (visite infirmier relais soins de (☞9,23)plaie(s) spécifiques) , 0429015 (consultation infirmière) et 428035, 428050, 428072 (prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée (☞9,23)Les codes 0424395/690/852 , 429015 et 428035, 428050, 428072 sont aussi repris dans cette rubrique vu qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

(☞34)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	médecin prescripteur
	norme prescripteur	:	toujours 1

(☞34) (*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 427534, 427556 ou 427571).

Indemnité de déplacement rural (colonne 7).

Est liée à la visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 10) Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (colonne 8).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	valeur 1 ou 0

2ème possibilité : Traitement des autres cas.**Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs**Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PNManière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la première prestation de base
(☞ 17)	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
(☞ 17)	date prescription	:	date modèle 90 ou message MyCarenet 420000 (notification soins palliatifs)
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 17) (*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.

Prestation de base (1ère, 2ème ou 3ème etc.).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant 1 ou plusieurs prestations techniques provenant d'une ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
	prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation technique.

Deux cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	date 703 (demande de toilette)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

(³⁴) Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9)

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	427534, 427556 ou 427571
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Prestation technique spécifique.

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) et 0429015 (consultation infirmière) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

- (☞ 33) Les codes 0424395/690/852, 0424874, 0424896 et 0429015 sont également repris dans cette rubrique, étant donné qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

ATTENTION :- à partir du 1^{er} juin 2004, les codes 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) peuvent se présenter de manière autonome, c. à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

- (☞ 9) - à partir du 1^{er} février 2009, le code 0429015 (consultation infirmière) peut se présenter de manière autonome, c. à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

- (☞ 33) - partir du 1^{er} juin 2012, le code 0424896 (Avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments) peut se présenter de manière autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
(☞ 34)	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	médecin prescripteur
	norme prescripteur	:	toujours 1

- (☞ 34) (*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 427534, 427556 ou 427571).

Indemnité de déplacement rural.

Est liée à une visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 10) Nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	médecin prescripteur
	norme prescripteur	:	toujours 1 ou 0

remarque : l'ordre de suite des enregistrements correspond à l'enchaînement des prestations dans la journée (c.-à-d. 1ère prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, 2ème prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, etc).

(☞ 9) *Exception doit être faite pour les prestations techniques spécifiques (et similaires),*

(☞ 10) *l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature soins diabétiques et le trajet de soins diabète qui, si effectuées, doivent être mentionnées comme dernier enregistrement de la journée de soins concernée et les soins palliatifs qui, si effectués, doivent être mentionnés comme premiers enregistrements de la journée de soins concernée.*

Soins infirmiers : prestations effectuées durant le week-end.

1. uniquement pour des raisons d'organisation
 prestation de base semaine
 nomenclature semaine - tarif semaine
 plafond semaine

2. a) mixte 1 visite obligatoire
 1 visite pour des raisons d'organisation

prestation de base week-end
 nomenclature week-end - tarif week-end
 prestation de base semaine
 nomenclature semaine - tarif semaine
 plafond week-end

b) mixte durant 1 visite obligatoire pour des raisons d'organisation
 prestation de base week-end
 nomenclature semaine + tarif semaine
 nomenclature week-end + tarif week-end
 plafond week-end

3. dans le forfait : il n'y a pas de distinction de pseudo-codes selon les prestations de semaine ou de we

- * Le numéro d'identification du centre de rééducation
 - s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur ;
- (☞ 34) - s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou PSY (convention C.R.A. actuelle) (711395, 712390, etc...) ou dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc...).

- (☞ 18)* Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel
 - s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain.
(Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.

- (☞ 22) Pour les frais de transport entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément	
DE	A	DE	A			
269290	269301	271471	271482	A 53°	210	
269393	269404	271493	271504	A 2°	211	
269415	269426	272694	272705	A 3°	211	
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215	
270351	270362	271515	271526	A 11°	212	
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216	
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219	
270572	270583	272635	272646	A 13°	220	
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213	
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215	
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213	
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215	
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213	
(☞ 26)	271434	271445	272370	272381	A 52°	213
	272672	272683	272716	272720	A 1°	218
(☞ 26)	272731	272742	272753	272764	A 58°	220
(☞ 26)	272775	272786	272790	272801	A 59°	213

- (☞ 12,17) **Attention** : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

- * Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.
- * Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;
 - s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;

- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
 - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
- (☞ 13,27)- s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751435 (**), 0751450 (**), 0751833, 0751855, 0751870 ou 0751892)
- (☞ 9) - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;
 - s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).
 - * Le numéro d'identification de la maison médicale
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.
 - * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;
- (☞ 5) - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
- (☞ 8,15) * En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (0684810-0684821, 0684832-0684843) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de l'épilepsie réfractaire (0698714-0698865), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 12) * En cas de facturation de la prestation 777114-777125, le numéro d'agrément du centre de chirurgie robot-assistée (numéro de l'hôpital + 150) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 13) * Endoprothèses (aussi bien le matériel (art. 35) que l'acte médical (art.34)*):
- Prestations pour lesquelles seul un agrément endoprothèses est nécessaire :
Numéro de l'hôpital + 151 ou numéro de l'hôpital + 152
 - Prestations pour lesquelles un agrément endoprothèses et un agrément pathologie cardiaque B3 sont nécessaires : Numéro de l'hôpital + 152
- (☞ 14) * En cas de facturation de la prestation 693910-693921, le numéro d'agrément du centre « moniteur cardiaque implantable » (numéro de l'hôpital + 153) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 19) * En cas de facturation de la prestation 691950-691961, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable » (numéro de l'hôpital + 154) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 26) * En cas de facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 de l'art. 35 et 687890-687901, 687912-687923 de l'art.35bis, le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 29) * En cas de facturation de la prestation 703496-703500, le numéro d'agrément du centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (numéro de l'hôpital + 157) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 30) * En cas de facturation des prestations 697933 à 697966 et 703511 à 703625 , le numéro d'agrément du centre« neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) » (numéro de l'hôpital + 158) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 31) * En cas de facturation de la prestation 703415-703426 , le numéro d'agrément du centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (numéro de l'hôpital + 159) doit être mentionné dans cette zone.
- * S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).
- Si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative. Par exemple
- (☞ 26) matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis). Cette règle ne s'applique pas aux tuteurs coronaires et drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au n° hôp +156, tandis que lieu de prestation de la prestation de base (589013-589024 ou 589035-589046) est égal au n° hôp + 120.
- (☞ 16)(*) S'il s'agit d'un acte médical issu de l'art.14, un numéro d'agrément spécifique doit seulement être rempli pour l'endoprothèse même (art.35), pas pour l'acte médical (art.14)
- (☞ 27)(**) Ces codes sont valables jusqu'au 31/12/2010 inclus